



さとう小児科 問診票

氏名 () 性別：男 ・ 女
生年月日 () 年齢： 歳 ヶ月
住所 (〒 -)
電話番号 () 現在の体重 (kg)

お分かりになる範囲で結構ですので、下記の質問にお答えください。

1) 受診された理由は何ですか？

- ・ 予防接種 () ・ 健診 ()
- ・ 発熱 (いつから何℃くらい)
- ・ 痛み (頭 のど 耳 お腹 その他)
- ・ 呼吸器の症状 (咳 鼻水 たん ぜーぜー その他)
- ・ 消化器の症状 (下痢 嘔吐 吐き気 便秘 その他)
- ・ 皮膚の症状 (発疹 痒み 乾燥肌 その他)
- ・ その他、何でも気になることがありましたらお書きください。
()

2) これまでに何かのアレルギーと診断されたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある
- 食物アレルギー (卵 牛乳 小麦 大豆 その他)
- 薬のアレルギー () その他のアレルギー ()

3) これまでにかかったことのある病気がありましたらお知らせください。

- ・ 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 肺炎 ・ 気管支炎 ・ 中耳炎
- ・ 副鼻腔炎 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ はしか ・ 風しん
- ・ その他 ()

4) 現在、他の病院を通院されている方はお知らせください。

- ・ 病院名 ()
- ・ 診断名 ()
- ・ 治療内容 ()

5) お薬の形態や熱さましのご希望をお知らせください。

- ・ お薬の形態 (シロップ 粉 錠剤)
- ・ 熱さまし 不要 ・ 要 (座薬 粉 錠剤)

6) 当院を受診されたきっかけを教えてください。(いくつでも)

- ・ ホームページ ・ 自宅の近く ・ 家族が通院 ・ 知人の紹介 ・ 他院の紹介
- ・ 保育園・幼稚園の近く ・ その他 ()

ご協力ありがとうございました。